Bien utiliser votre contrat

# Réflexe Prévention Santé

**Prenez**

votre **santé**

en main

# Des **spécialistes** vous **accompagnent**

## Vous bénéficiez d'un programme diététique

Ce service est un programme d'accompagnement complet réalisé par notre prestataire santé, Mondial Assistance France.

Son principal objectif : modifier vos habitudes alimentaires pour préserver votre santé !

Le programme d'accompagnement **NutriCoach** est **une véritable prise en charge** pour vous aider à perdre du poids.

Un générateur de menus, un suivi continu, des mesures d'évolution, des propositions d'activités... Tout est à votre disposition dans le programme **NutriCoach** pour retrouver forme et équilibre.

### Mode d'emploi

#### 1 Inscription au programme

Prenez contact avec Telsanté au N°Azur **0 810 030 033** (APPEL LOCAL D'UN POSTE FIXE) du lundi au vendredi de 8h00 à 18h45 et le samedi de 8h00 à 16h00.

Une diététicienne vous recontacte et vous adresse un bulletin d'inscription au programme d'accompagnement individualisé que vous devez nous retourner dûment complété et signé.

Une fois inscrit au programme, vous recevez par email vos identifiants personnels pour accéder au site : ***www.monnutricoach.fr***

#### 2 Saisie de vos données avec l'outil internet dédié : NutriCoach

Vous accédez au site ***www.monnutricoach.fr*** et complétez chaque mois les questionnaires pour construire votre bilan (alimentation, activité physique, mode de vie) en ligne.

Vous avez également la possibilité de constituer des menus équilibrés à la carte et d'ajuster votre activité physique ou votre alimentation.

Ces informations sont indispensables pour définir le programme adapté à votre profil.

#### 3 Accompagnement individuel par téléphone

Vous allez également bénéficier d'un coach personnel par téléphone qui fait le point avec vous chaque mois et suit vos progrès sur la base des bilans que vous avez complétés en ligne.

Sans avoir à vous déplacer, vous bénéficiez de **5 entretiens par bénéficiaire et par an** réalisés par des spécialistes (diététiciens ou infirmières spécialisées de l'équipe de Prévention de Mondial Assistance), d'un programme de SMS et de comptes-rendus d'entretiens.

## Stop tabac

L'accompagnement téléphonique du sevrage tabagique s'effectue, étape par étape, par des psychologues.

Une écoute active et l'utilisation de méthodes comportementales font progresser le fumeur.

Chaque échange téléphonique vise un objectif particulier permettant de faire mûrir la réflexion et de soutenir la démarche.

A la suite de chaque entretien, un courrier personnalisé est adressé au fumeur, revenant sur les points abordés, valorisant son effort et préparant l'entretien suivant.

Un accès pratique par téléphone au N°Vert **0 805 666 899** (APPEL GRATUIT DEPUIS UN POSTE FIXE) du lundi au vendredi de 9h00 à 19h00

En dehors de ces horaires, vous pouvez contacter un psychologue clinicien 24h/24, 7j/7, en cas d'angoisse ou de rechute.

# Les **services** inclus dans **Réflexe Prévention Santé**

## Réflexe Prévention Santé sur internet

Rendez-vous sur le site internet de votre banque ou de votre mutuelle pour accéder aux informations complémentaires sur les médecines douces.

Vous pouvez également :

- consulter et suivre votre consommation,
- éditer des exemplaires du bilan personnalisé et du justificatif de paiement pour les différents bénéficiaires de votre contrat.

Vous bénéficiez également d'un espace santé "Réflexe Prévention Santé" : médecines douces, prévention, diététique... Avec l'espace santé découvrez nos actions de prévention et des informations validées par des professionnels de santé.

## Votre revue d'information

Vous recevez la revue trimestrielle *Mutuelle et Santé,* sur des sujets d'actualité concernant la santé : nutrition, allergies, anatomie, technique médicale alternative...

## Médecin direct

Des questions médicales personnelles ? Des symptômes ou une évolution de ceux- ci ?
Un diagnostic ou un traitement mal compris ?
Un médecin vous répond personnellement, vous conseille, vous oriente et vous accompagne médicalement.
Mieux qu'un site d'information médicale, Médecin direct vous rassure et vous aide à mieux comprendre.
Découvrez ce service directement sur le site internet de votre banque ou de votre mutuelle dans votre espace personnel sécurisé.

Je soussigné(e) .....,
pharmacien de l'officine (nom de la pharmacie) : .....
Adresse : .....
.....
Code postal : .....
Ville : .....
certifie avoir réalisé un bilan personnalisé avec
Nom : .....
Prénom : .....
N° du contrat *Réflexe Prévention Santé* : .....
N° de Sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|
et avoir perçu à ce titre le montant de 23,00 € (vingt-trois) réglé au moyen de la carte Avance Santé.
Fait à .....
Le ...../...../.....

| Signature du bénéficiaire du bilan | Cachet de la pharmacie |
|---|---|
| Cette prestation est prise en charge, pour chaque bénéficiaire, une fois toutes les 2 années d'assurance. | |

# Votre **pharmacien** vous **conseille**

## Pourquoi un bilan personnalisé avec votre pharmacien ?

Pour vous permettre d'acheter en toute sécurité les médicaments ne nécessitant aucune prescription, votre pharmacien est l'interlocuteur privilégié. En tant que professionnel de santé, il veille à la bonne observance des traitements et joue un rôle primordial dans la prévention et l'accompagnement de ses clients.
Pour cela, il vous recevra dans un espace de confidentialité, dans le respect du secret médical. Vous bénéficierez de préconisations pour votre médication familiale et de conseils avisés sur votre santé. C'est l'occasion, par exemple, d'un point sur vos vaccinations…

Chaque bénéficiaire désigné sur votre contrat ***Réflexe Prévention Santé*** peut profiter de ce bilan.

## Comment faire ?

Prenez rendez-vous avec le pharmacien de votre choix et munissez-vous des éléments suivants :

- votre carnet de vaccination,
- les résultats de vos dernières analyses,
- votre carte Vitale,
- le présent document, pour le bilan personnalisé ci contre.

Attention : votre bilan est strictement personnel, conservez-le, il ne doit pas être adressé à Telsanté.

## Vos garanties

- **Prise en charge du bilan personnalisé** à raison de **23 € par bénéficiaire** (renouvelable tous les 2 ans).
- **Prise en charge** à hauteur des frais réels **de médicaments homéopathiques** non remboursés par la Sécurité sociale, achetés dans toute pharmacie (en France Métropolitaine), **à hauteur de 50 € par bénéficiaire et par an(*).**
- **Prise en charge** à hauteur des frais réels **des médicaments pour les "maux de saison"** non remboursés par la Sécurité sociale (rhumes, toux, maux de gorge, douleurs et fièvres, voix respiratoires) achetés dans toute pharmacie (en France Métropolitaine), à hauteur de **30 € par bénéficiaire et par an(*).**

(*) Par an, nous entendons la période comprise entre deux échéances principales de votre contrat.

## Les modalités de remboursement

Vous devez envoyer vos justificatifs à Telsanté, notre service de gestion dédié.

- **Pour le bilan personnalisé :** le justificatif de paiement inclus dans ce dossier d'accueil, complété par le pharmacien et signé par vous.
- **Pour les médicaments :** une facture détaillée comprenant vos nom, prénom et n° de Sécurité sociale et/ou n° de contrat, date, cachet de la pharmacie, montant et appellation du médicament (nom du produit).

## Comment régler ?

Avec la carte Avance Santé, vous réglez le bilan personnalisé et les achats de médicaments homéopathiques et des maux de saison, sans avance de frais.

## Adresse d'envoi de vos justificatifs

Vos justificatifs sont à envoyer à l'adresse suivante :

Telsanté
63 chemin Antoine Pardon
69814 Tassin Cedex

# Bilan personnalisé

**(à conserver dans votre dossier personnel après l'entretien avec votre pharmacien)**

**MÉMO**

Date du RDV : ..... Heure : .....

Pensez à vous munir des éléments suivants :

- votre carnet de vaccination,
- les résultats de vos dernières analyses,
- votre carte Vitale.

Vérifiez vos droits aux prestations : un bilan par bénéficiaire toutes les 2 années d'assurance.

Vous pouvez éditer d'autres exemplaires de ce bilan via internet.

**Confidentiel**

*A remplir par le bénéficiaire du bilan*

## INFORMATIONS PERSONNELLES

Nom : .....

Prénom : .....

Sexe : ❑ Homme ❑ Femme

Age : ..... ans Poids : ..... kg

Taille : .....

Avez-vous des allergies ou intolérances ?

❑ Non ❑ Oui, lesquelles ?.....

Vos derniers résultats d'analyses de laboratoire ont-ils révélé des anomalies ?

❑ Non ❑ Oui, lesquelles ?.....

Avez-vous des problèmes de santé actuellement ?

❑ Non ❑ Oui, lesquels ?.....

Nom et adresse des professionnels de santé qui vous suivent

Médecin traitant : .....

.....

Spécialistes : .....

.....

Dentiste : .....

.....

## MÉDICATION FAMILIALE

Avez-vous des traitements médicaux en cours, prescrits ou non ?

❑ Non ❑ Oui, lesquels ?.....

.....

.....

Avez-vous eu un traitement médicamenteux antérieur important ?

❑ Non ❑ Oui, lequel ?.....

.....

.....

## HYGIENE DE VIE - NUTRITION

| | | |
|---|---|---|
| Pratiquez-vous une activité physique régulière ? | ❑ Non | ❑ Oui |
| Pensez-vous avoir une alimentation équilibrée ? | ❑ Non | ❑ Oui |
| Consommez-vous des boissons alcoolisées ? | ❑ Non | ❑ Oui |
| Fumez-vous régulièrement ? | ❑ Non | ❑ Oui |

# Bilan personnalisé

*A remplir avec votre pharmacien*

## PRÉVENTION

Etes-vous à jour de vos vaccins ? (voir carnet de vaccination)

❑ Oui ❑ Non, précisez .....

Avez-vous fait contrôler votre vision depuis 1 an ? ❑ Non ❑ Oui

Votre dernière consultation chez le dentiste date-t-elle de plus d'1 an ? ❑ Non ❑ Oui

Pensez-vous avoir des antécédents familiaux ?

❑ Non ❑ Oui, précisez .....

### DONNÉES COMPLÉMENTAIRES

Calcul de l'Indice de Masse Corporelle (IMC) : .....

Recherche de la glycémie capillaire : .....

Tension artérielle : .....

Mesure du souffle (Peak Flow) : .....

## PLAN DE SOINS PHARMACEUTIQUES

Mise en œuvre du traitement :

.....

.....

.....

Connaissance de l'homéopathie :

.....

.....

.....

Connaissez-vous et utilisez-vous des médicaments génériques ?

.....

.....

.....

### PRODUITS DE SANTÉ DÉJÀ CONSEILLÉS PAR VOTRE PHARMACIEN

❑ médicaments

❑ compléments alimentaires

❑ phytothérapie

❑ homéopathie

❑ aromathérapie

❑ matériel orthopédique

❑ autres : .....

## SYNTHÈSE DU PROFESSIONNEL DE SANTÉ

❑ Réaction médicamenteuse indésirable

❑ Mauvaise observance

❑ Interaction

❑ Prend un traitement sans indication

❑ Autre à préciser : .....

Commentaires :

.....

.....

.....

.....

# Bilan personnalisé

*A remplir avec votre pharmacien*

Consultation du médecin traitant ? ❑ Urgent ❑ A prévoir

Remise de support(s) pédagogique(s) : .....

Information sur une aide paramédicale :

❑ pédicure podologue
❑ kinésithérapeute
❑ diététicien
❑ orthophoniste
❑ ergothérapeute

Conseils sur la prise de médicaments : .....

Bilan établi par la pharmacie :

Le : ...../...../.....

Cachet de la pharmacie

**SUIVI DU PLAN DE CONSEILS PHARMACEUTIQUES**

.....

.....

.....

.....

**<u>Attention</u> : le bilan est strictement personnel, conservez-le, il ne doit pas nous être adressé.**

Réflexe Prévention Santé

# Justificatif de paiement

## de votre bilan personnalisé

*Justificatif à découper et à adresser à :*

**Telsanté**
63 chemin Antoine Pardon
69814 TASSIN CEDEX

Vous pouvez éditer d'autres exemplaires de ce justificatif de paiement via internet ou en faire des photocopies.

# Votre **médecine naturelle**

## Vous bénéficiez de prises en charge pour vos séances chez de nombreux praticiens.

Votre contrat rembourse les actes dispensés par :

- **des ostéopathes et des chiropraticiens** habilités suivant la réglementation en vigueur (médecins, infirmières, sages femmes, kinésithérapeutes et autres ostéopathes reconnus),
- **des étiopathes** membres des organisations ou syndicats professionnels agréés par le ministère de la santé et reconnus par la Mutuelle (liste disponible en consultant le site internet de votre banque ou de votre mutuelle),
- **des diététiciens** diplômés d'Etat,
- **des médecins nutritionnistes, acupuncteurs, homéopathes et mésothérapeutes,** (actes et consultations dispensées par des docteurs en médecine, titulaires d'un diplôme universitaire et inscrits à l'ordre des médecins),
- **des pédicures-podologues** : titulaires d'un diplôme d'Etat et enregistrés auprès du conseil de l'ordre des pédicures-podologues.

## Vos garanties

**Prise en charge des séances non remboursées par la Sécurité sociale** sur présentation de justificatifs et **dans la limite de 40 € par séance avec un maximum de 6 séances par bénéficiaire et par an(*).**

(*) Par an, nous entendons la période comprise entre deux échéances principales de votre contrat.

## Comment régler ?

Privilégiez le règlement avec la carte Avance Santé, cela vous évite l'avance des frais, puisque votre compte n'est débité qu'après le remboursement des prestations prévues dans votre contrat.

## Les modalités de remboursement

Vous devez envoyer vos justificatifs à notre service de gestion dédié Telsanté.

Pour chaque séance, la facture détaillée doit inclure les informations suivantes :

- date et cachet du praticien,
- désignation du bénéficiaire des soins,
- montant des honoraires perçus,
- libellé de l'acte pratiqué,
- n° de contrat et/ou n° de Sécurité sociale.

## Adresse d'envoi de vos justificatifs

Vos justificatifs sont à envoyer à l'adresse suivante :

Telsanté
63 chemin Antoine Pardon
69814 Tassin Cedex

Réf. S xxx - Conception Dpt Mktg GIE ACM - Crédit photos : fotolia - Imprimerie Relais Graphique - SOFEDIS N° XX XX XX (12/2012)

**MTRL Une mutuelle pour tous** - Mutuelle nationale relevant du Livre 2 du Code de la mutualité et immatriculée au répertoire national de l'article R.123-220 du code de commerce sous le n° 777.345.067 - Siège social : 37 Avenue Jean Jaurès 69007 LYON
Adresse postale : 63 chemin Antoine Pardon 69814 TASSIN CEDEX